

HEMOS VERIFICADO SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado/a _____:

Hemos verificado la información que nos envió que prueba que **[nombre del/los niño/s]** son elegibles para recibir las viandas gratuitas o a precio reducido y hemos decidido que:

- La elegibilidad de su/s hijo/s no ha/n cambiado.
- A partir del **[fecha]**, la elegibilidad de su/s hijo/s para las viandas pasará a ser **de precio reducido a gratuitas** ya que
___ su ingreso se encuentra dentro de los límites de elegibilidad para las viandas gratuitas. Su hijo recibirá viandas sin costo alguno.
___ uno o más de sus hijos son elegibles categóricamente en base a la inscripción en el FIP o Food Assistance. Su hijo recibirá viandas sin costo alguno.
- A partir del **[fecha]**, la elegibilidad de su/s hijo/s para las viandas pasará a ser **de gratuitas a precio reducido** ya que su ingreso supera el límite. Las viandas a precio reducido cuestan **[US\$]** para el almuerzo y **[US\$]** para el desayuno.
- A partir del **[fecha]**, **su hijo/s dejarán de ser elegibles** para las viandas gratuitas o a precio reducido ya que:
___ los registros muestran que ninguno de su grupo familiar recibió el Food Assistance o FIP
___ los registros muestran que el/los hijo/s no tiene/n techo, se han escapado de su hogar o son migrantes.
___ su ingreso supera el límite para las viandas gratuitas o a precio reducido.
___ no proporcionó: _____
___ no respondió a nuestra solicitud.

Las viandas cuestan **[US\$]** para el almuerzo y **[US\$]** para el desayuno. Si el ingreso de su grupo familiar disminuye o aumenta el tamaño de su grupo familiar, usted puede realizar la solicitud nuevamente. Si anteriormente se le negaron los beneficios porque ninguno de su grupo familiar recibía los beneficios de Food Assistance o FIP, puede realizar una nueva solicitud en base a la elegibilidad del ingreso. Si usted no proporcionó pruebas de su elegibilidad actual, se le pedirán nuevamente si realiza una nueva solicitud.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede conversarlo con **[nombre]** al **[teléfono]**. Además, tiene derecho a una audiencia justa. Si usted solicitó una audiencia para el **[fecha]**, su/s hijo/s continuarán recibiendo las viandas gratuitas o a precio reducido hasta que el funcionario de la audiencia tome la decisión. Puede solicitar una audiencia. Llame o escriba a: **[nombre]**, **[dirección]**, **[número de teléfono]**, o **[correo electrónico]**.

Atentamente,

[firma]

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que lo han tratado injustamente.

"Conforme a la ley Federal y a la política del U.S. Department of Agriculture, se prohíbe a esta institución discriminar en base a la raza, color, origen, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame al número gratuito (866) 632-9992 (Voice). Los individuos con deficiencias auditivas o con dificultades del habla pueden comunicarse con USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339; ó (800) 845-6136 (Español). USDA es un proveedor y empleador de servicios con igualdad de oportunidades".

Aviso de No Discriminación de Iowa: "La política de este proveedor de CNP es no discriminar en base a la raza, credo, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen, discapacidad o religión en las prácticas de estos programas, actividades o empleos como lo especifica la sección 216.7 y 216.9 del Código de Iowa. Si tiene consultas o quejas relacionadas con el cumplimiento de esta política por parte del Proveedor de CNP, comuníquese con la Iowa Civil Rights Commission, Grimes State Office Building, 400 E. 14th St., Des Moines, IA 50319-1004; número de teléfono 515-281-4121, 800-457-4416; sitio Web: <http://www.state.ia.us/government/crc/index.html>."